



# もの忘れ相談票



記入日 年 月 日

(フリガナ)				
本人氏名	男・女 ( 歳)	生年月日	大正 昭和	年 月 日
本人住所	行政区 ( )	本人連絡先	( ) -	
相談者 (記入者)	本人との関係 ( )	相談者連絡先	( ) -	

## 本人の生活状況

1人暮らし  夫婦2人暮らし  子や孫、親族と同居  その他 ( )

思い当たる「もの忘れ」の症状はいつ頃からですか? 年 月頃から

## 生活上の心配や困りごと ※あてはまる項目すべてに○をつけてください。

直前の出来事や話したことを忘れる	たまに	いつも	夜中に歩きまわったり騒いだりする	たまに	いつも
物の置き忘れやしまい忘れが目立つ	たまに	いつも	着替えやお風呂に入るのを嫌がる	たまに	いつも
鍋を焦がしたり、暖房器具の消し忘れなど火の不始末が心配	少し	とても	サービスの利用を嫌がる	たまに	いつも
日にちを忘れる	たまに	いつも	身だしなみに気をつかわない	たまに	いつも
自分の今いる場所がわからない	たまに	いつも	トイレを失敗する	たまに	いつも
慣れた道で迷ってしまう	たまに	いつも	最近、転びやすくなった	たまに	いつも
何となく元気がなかったり、興味や関心を示さない	たまに	いつも	薬の飲み忘れが多い	たまに	いつも
ささいなことで怒ったり、不安を抱く	たまに	いつも	ゴミの分別やゴミ出しができない	たまに	いつも
「物が盗まれた」と言う	たまに	いつも	同じようなものを何度も買ってくる	たまに	いつも
家族や介護者に対し、暴言や暴力をふるう	たまに	いつも	お金の管理が心配	少し	とても
「見えないものが見えたり、聞こえたりする」と言う	たまに	いつも	安全に車を運転できるか心配	少し	とても
家にいても落ち着かず、ウロウロする	たまに	いつも	自分で電話をかけるのが難しい	たまに	いつも
家に引きこもることが多い	たまに	いつも	自分で食事をつくったり、用意するのが難しい	たまに	いつも
			その他		

## ご家族(介護者)の今の心境をお聞かせください

- ・最近、特に目が離せなくなってきた。  そう思う  まだ大丈夫
- ・最近、特に介護をするのが大変になってきた。  そう思う  まだ大丈夫
- ・最近、特に気が休まらない感じがする。  そう思う  まだ大丈夫